

Suministro de test diagnósticos de hepatitis C para centros que atienden a poblaciones de alta prevalencia.

• Datos de contacto del centro solicitante*:

- Nombre del centro
- Dirección completa
- Persona de contacto
- Teléfono
- Email
- Tipo de centro: Centro de adicciones Centro de salud mental Centros de inserción social Albergue
Centro de atención a inmigrantes Otros

• Datos de la Entidad de la que depende el centro solicitante*:

- Nombre de la entidad
- Dirección completa
- Dependencia jurídica

• Datos de contacto del representante legal de la entidad o, en su defecto, del responsable/director del centro:

- Nombre y apellido
- Teléfono
- Email

• Tipo de test que solicita (indique el número)*:

- Test rápido de HCV en fluido oral ¹
- Dispositivos para muestras de sangre seca ²

• El centro solicitante declara que cumple con los requisitos del programa DETECT-C ^{3*}:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| – Declara que en el momento de esta solicitud no tiene vigente ningún otro programa o subvención de Gilead Sciences que incluya test diagnósticos para la detección del VHC. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Declara tener personal cualificado para la realización de las pruebas solicitadas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Se compromete a informar a los pacientes del resultado de la(s) prueba(s). Si alguna de las pruebas es positiva, el centro se compromete a derivar al paciente al centro de asistencia sanitaria oportuna. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – En el caso de solicitar los dispositivos para muestras de sangre seca, el centro solicitante se compromete a remitir este tipo de muestras en buen estado de conservación y transporte a un laboratorio clínico que tenga un protocolo establecido para analizar el ARN-VHC en los dispositivos para muestras de sangre seca. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Declara que el número de test diagnósticos solicitados a Socidrogalcohol para el periodo de duración del Convenio no supone más del 50% de la necesidad de suministro de tests para la hepatitis C del centro solicitante en un año. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Defina el número estimado de usuarios de su centro (por ejemplo, basado en el año anterior a la solicitud). | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Los apartados marcados con (*) son obligatorios.

¹ El número de test rápidos de HCV en fluido oral solicitado debe ser múltiplo de 25. Siendo 25 el mínimo número solicitado.

² El número de dispositivos para muestras de sangre seca solicitado debe ser múltiplo de 50. Siendo 50 el mínimo número solicitado. Las tarjetas se entregan en cajas de 50 unidades que incluyen: dispositivos para muestras de sangre seca y lanceta.

³ La adjudicación está sujeta a la comprobación por parte de Socidrogalcohol y Gilead y el cumplimiento de los requisitos. Socidrogalcohol informará mediante email de la aceptación o denegación de la solicitud.

Firma

Y para que así conste se firma la presente solicitud en , a de del 20

Nombre:

Cargo:

Centro: